Ueber Therapie und Prognose bei Parametritis chronica atrophicans.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

Kaiser - Wilhelms - Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

ALBERT LÜBBESMEYER

cand. med.

aus **Steinhausen**, Westfalen.

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Gœller, Magdalenengasse 20.
1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Seinem **teuren Vater**

und **dem Andenken** seiner **unvergesslichen Mutter**

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547613_0038

Ueber Therapie und Prognose bei Parametritis chronica atrophicans.

Wie die innere Medicin eine Cirrhosis der Leber, Milz, Nieren u. s. w. kennt, welche auf einer Schrumpfung des Bindegewebes in diesen Organen beruht, so existiert für die Gynäkologie ein gleicher Vorgang im Bindegewebe des Beckens, den man ganz analog als einen cirrhotischen, granular-atrophierenden Prozess bezeichnen kann; bekannter aber und verbreiteter dürfte der Name Parametritis chronica atrophicans sein. Auf die für das Krankheitsbild so ausserordentlich in Betracht kommende Differenzierung und Verteilung des Bindegewebes im Becken und sein Verhältnis zu den Beckenorganen näher einzugehen, gehört nicht in den Rahmen dieser Abhandlung. Ich verweise hier auf die ausführlichen Arbeiten von W. A. Freund, der durch eine ganz eigenartige Untersuchungsmethode, nämlich mittelst sehr instruktiver Schnitte die er in verschiedenen Ebenen durch das Becken legte, in diese bis dahin noch wenig durchforschten und ziemlich verworrenen Verhältnisse klares Licht brachte und seine Erfahrungen auf den Naturforscherversammlungen zu Innsbruck und Rostock, ferner in den „Beiträgen zur Geburtshülfe und Gynäkologie", IV. 1875, sowie in seiner „Gynäkologischen Klinik" niederlegte. W. A. Freund war es auch, der die klinischen Erscheinungsformen der Parametritis chronica atrophicans ebenso wie die anatomischen als neues Krankheitsbild aufgestellt und schon zu voller Klarheit entwickelt hat. Auch auf den Zusammenhang zwischen dieser lokalen Erkrankung und verschiedenen Störungen im Gebiete des Nervensystems hat er ausführlich die Aufmerksamkeit gelenkt.

Bevor wir nun zu unsrer eigentlichen Arbeit übergehen, möchte ich noch bemerken, dass unter Par. chr. atr. hier nur diejenigen atrophierenden Prozesse im Beckenbindegewebe verstanden sind,

welche ohne ein akutes Vorstadium von vorn herein als chronisch entzündliche Vorgänge einsetzen, dass dagegen alle Schrumpfungserscheinungen im Bindegewebe des Beckens, welche auf zusammenschmelzenden Infiltrationen, den Ueberbleibseln akuter Beckenphlagmone beruhen, auszuschliessen sind.

Es möge mir gestattet sein, zum bessern Verständnis ein kurzes Krankheitsbild zu entwerfen, wie wir es in Freund's „Gynäkologischer Klinik" ausführlich beschrieben finden. Die Aetiologie ist am häufigsten in alten Cervixrissen zu suchen, deren beständige Reizung eine chronische Entzündung des zunächst liegenden Bindegewebes hervorruft, die sich allmählich durch das ganze Becken verbreitet und die einzelnen Organe durch derbe, schmerzhafte Stränge fixiert; ja sie geht auch auf den Uterus und die Ovarien selbst über und ruft in diesen tiefgreifende Veränderungen hervor, so dass diese Organe manchmal ganz atrophisch erscheinen. Auch das Perineurium der Nerven und die Adventitia der Gefässe geraten in Mitleidenschaft und werden in letzteren vielfach variköse Ausstülpungen gebildet. Ebenso werden zuweilen Blase und Mastdarm mit in diesen Prozess hineingezogen. Anderseits geht die Par. chr. von entzündlichen Vorgängen in letzgenannten Organen selbst aus; besonders ist dies sehr häufig bei Virgines der Fall.

Eine nicht minder häufige Ursache ist in einer Ueberreizung und Ueberanstrengung der Genitalorgane mit starkem Säfteverlust zu suchen, wie da sind: rasch aufeinander folgende Geburten, lang andauernde Laktationen, zu häufiger Coitus, Masturbationen und dergleichen, alles Dinge, die ein zu frühes Aufhören der Funktionsfähigkeit dieser Organe bedingen.

Noch einer Folgeerscheinung der Par. chr. habe ich hier kurz zu gedenken, nämlich der Hysterie. Dieselbe ist nach W. A. Freund eine Reflexneurose, welche in sehr vielen Fällen auf Par. chr. basiert und von genanntem Autor als eine sympatische, spinale und cerebrale beschrieben wird, je nach den nervösen Centern, welche ergriffen sind. Die hierdurch hervorgerufenen Erscheinungen sind ausserordentlich mannigfaltiger Natur und lassen fast keinen Körperteil verschont. Anderseits ist aber die Erkenntnis dieser Krankheit für die Heilung sehr wichtig, und hat Unkenntnis dieser Verhältnisse schon zu den schwersten, falschen therapeutischen Eingriffen geführt.

W. A. Freund stellt der Par. chr. eine schlechte Prognose;

etwas günstiger spricht sich Schrœder über dieselbe aus. Zweck dieser Arbeit wird es nun sein, zu untersuchen, wie sich die Prognose bei einer Therapie gestaltet, die jetzt seit mehreren Jahren in der hiesigen Klinik geübt wird.

Um eine klare Uebersicht zu gewinnen, wurden nur solche Krankengeschichten ausgewählt, in denen es sich lediglich um Par. chr. und etwaige sekundäre Erscheinungen handelte, bei denen also jede andere Genitalerkrankung fehlte. Hieraus erklärt es sich auch, dass die Zahl der hier aufgeführten Fälle eine relativ geringe ist.

Sehen wir nun die am Schluss der Arbeit beigefügten Krankenjournale durch, so finden wir, was den ersten Teil unserer Abhandlung, die Therapie bei Par. chr., betrifft, in den meisten Fällen neben der lokalen eine Allgemeinbehandlung. Letztere wird bei der Besprechung nur in soweit in Betracht kommen, als es um Begleit- oder Folgeerscheinungen der Par. chr. sich handelt, also namentlich bei den unter dem Namen Hysterie zusammengefassten nervösen Erscheinungen.

Was die speziellen therapeutischen Massnahmen gegen die Par. chr. betrifft, so waren diese: Massage, Gymnastik, Ichthyol, Chloralhydrat, Elektrizität und Hydrotherapie, teils einzeln angewandt teils verschiedentlich mit einander kombiniert. In 30 von im ganzen 40 Fällen unserer Statistik bediente man sich der Massage nach Thure Brandt, bei 3 Patientinnen ausschliesslich, bei 7 mit Ichthyol, bei 9 mit Gymnastik zusammen; 4 mal mit Chloralhydrat und 5 mal mit Chloralhydrat und Elektrizität verbunden; bei je einer Patientin nebeu Jodkali und Jodglycerin. Ichthyol und Chloralhydrat wurden in 3 resp. 2 Fällen allein benutzt, in je 2 Fällen wurde noch Elektrizität hinzugenommen. Eine Pat. wurde mit Ichthyol und Gymnastik behandelt. Ausserdem fand, noch vielfach Hydrotherapie Verwendung und zwar meist in Form von Sitzbädern und Scheidenspülungen, wozu entweder nur heisses Wasser genommen oder ein adstringierendes Mittel zugesetzt wurde.

Bei 16 Pat. ist die Par. chr. durch Hysterie kompliciert; in den leichteren Fällen finden wir nur die ursächliche Par. chr. behandelt, während von einer speziellen Therapie der sekundären Hysterie abgesehen wurde. Schwere Erkrankungen dieser Art dagegen erfuhren die Behandlung, die allgemein üblich ist: Bromkali; Tinct. Valer. æth. c. Chin. comp.; kalte Douchen und Bäder, sowie eine sehr kräftige Ernährung, eine sog. Mastkur.

Endlich will ich noch bemerken, dass bei sämtlichen Pat. die für die Therapie gynäkologischer Erkrankungen so wichtigen diätetischen Vorschriften nicht verabsäumt wurden.

In folgendem wird es nun unsere Aufgabe sein, die einzelnen Behandlungsmethoden und Medikamente näher ins Auge zu fassen. An ihrer Spitze steht, sowohl was Häufigkeit der Anwendung, als auch den Erfolg betrifft, die Massage nach Thure Brandt. Ich glaube ruhig die Behauptung aufstellen zu können, dass durch die Einführung dieser Behandlungsmethode in die Gynäkologie letztere einen grossen Fortschritt gemacht hat. Zwar hat die Massage noch lange nicht allgemeine Anerkennung gefunden. Da jedoch das an sich etwas umständliche Verfahren von Thure Brandt jetzt in die Hände berufener Fachmänner gekommen ist, so wird seine Vereinfachung und eine strengere Indikationsstellung ihm immer grössere Verbreitung verschaffen. Dies um so mehr, als die Massage zu einer Zeit bekannt wurde, wo in der unter der Fahne der Antisepsis bedenklich gesteigerten Operationslust der Gynäkologen eine Wendung eintrat, die eine so bedeutende therapeutische Massnahme um so willkommner erscheinen liess. Speziell dürfte bei der Behandlung von Retroflexionen, Exsudatresten und ähnlichen Erkrankungen, wo sich die operative Gynäkologie bisher mehr oder weniger erfolglos versucht hat, die Massage eine Zukunft haben. Thatsächlich zeigen auch die Publikationen, die in wenigen Jahren bereits in einer sehr grossen Anzahl erschienen sind, dass sich die Massage bewährt und trotz der kurzen Zeit ihres Bekanntseins bereits einen hervorragenden Platz in der Therapie gynäkologischer Krankheiten gesichert hat. Auch in den hier vorliegenden Fällen von chronisch atrophierenden Prozessen im Beckenbindegewebe hat sie überall, wo sie angewandt wurde, sehr gute Erfolge zu verzeichnen. Schon nach wenigen Sitzungen liess fast ausnahmslos die anfangs vorhandene Schmerzhaftigkeit nach; ebenso gieng die Dehnung der atrophischen Bindegewebszüge sehr gut von statten, die derben parametrischen Stränge wurden weich, nachgiebig und bei dem Schlussstatus der meisten Krankenjournale sehen wir vollständig normale Verhältnisse eingetreten. Wo dies nicht der Fall, ist der Grund hierfür meist der, dass die Pat. die Klinik verliessen, sobald sie ohne Beschwerden waren.

Im Fall 21 finden wir im rechten Parametrium einen empfindlichen Bindegewebsstrang, der den Uterus nach rechts hinten

fixiert; hier adhäriert zugleich auch das Cœcum als ein gefüllter Schlauch; es besteht seit längerer Zeit Obstipation. Die eingeschlagene Therapie besteht in Laxantien, Ichthyoltamponade und Massage; letztere erstreckt sich auch auf das Cœcum. Nach 23 Tagen finden wir den Uterus frei beweglich, den parametritischen Strang gedehnt und weich, das Cœcum losgelöst. Gerade die Beseitigung dieser vom fixierten Cæcum ausgehenden Beschwerden hat nach Angabe der Pat. ihr eine ausserordentliche Erleichterung verschafft, so dass sie jetzt ohne jegliche Beschwerden die Klinik verlässt.

Aehnliche Fälle eklatanter Wirkung der Massage finden wir in sehr grosser Menge in unsrer Statistik; ich will deshalb auch keine weitere hier anführen. Die in den einzelnen Fällen beigefügten Zahlen zeigen zugleich, dass verhältnissmässig wenig Zeit erforderlich war, um die atrophischen Parametrien und infiltrierten Bindegewebszüge weich und schmerzlos zu machen, sowie den Uterus frei und beweglich. Gerade dieser Umstand scheint mir die Massage bei der Behandlung der Par. chr. und entzündlicher Infiltrationen im Beckenbindegewebe besonders empfehlenswert zu machen, gegenüber der alleinigen Anwendung von resorbierenden und schmerzstillenden Medikamenten, sowie hydrotherapeutischen Verordnungen. Zwar sind diese Mittel sehr geeignet, die Massage kräftig zu unterstützen, ja sogar im Stande, wie wir später sehen werden, allein einen guten Erfolg herbeizuführen, indess vermögen sie dies nie so rasch und andauerd wie die Massage, was auch von Arendt, Dührssen u. a. betont wird. Eine Thatsache aber machte sich bei vielen Pat. geltend, besonders bei sehr schmerzhaften Parametrieen, dass es sich nämlich empfahl, nicht sofort mit der Massage zu beginnen, sondern das Operationsfeld erst durch schmerzstillende Mittel vorzubereiten. Thure Brandt verzichtet zwar auch in den ungünstigsten Fällen auf solche Mittel, indess ist hierbei seine ausserordentliche Uebung in der Massage in Betracht zu ziehen. Bei unseren Pat. tritt diese Vorbereitungskur sehr vorteilhaft im Fall 12 zu Tage. Hier wird ausdrücklich bemerkt, dass durch Ichthyoltamponade während 50 Tagen die Schmerzhaftigkeit soweit gemildert war, dass mit täglicher Massage begonnen werden konnte. Andrerseits hat auch die Massage an sich eine schmerzstillende Wirkung; als Beweis hierfür gelte Fall 8; hier wird eigens hervorgehoben, dass sie vom fünften Tage ab fast schmerzlos war. Diese schmerzstillende Eigenschaft der Massage

erklärt sich rein mechanisch daraus, das die Schmerzen erzeugenden Fixationen und Stränge durch sie gelöst werden.

In einem Fall (15), wo es sich zugleich um eine Oophoritis, schwere Hysterie und Melancholie handelte, rief das Massieren ein haselnussgrosses Exsudat hervor und wurde deshalb ausgesetzt. Das Exsudat aber war bei Anwendung von Antiphlogose schon nach einigen Tagen wieder geschwunden und muss als seine Ursache wohl die Oophoritis angesehen werden. Alle anderen Pat. konnten ohne Zwischenfälle massiert werden, was allerdings bei den hier behandelten chronischen Prozessen nicht Wunder nehmen darf.

Um nun noch kurz auf die Art und Weise einzugehen, wie die Massage wirkt, so unterscheidet Thure Brandt selbst eine unmittelbare Wirkung bei kräftigem Massieren und eine mittelbare bei leichtem. Ausserdem beruht die Wirkung aber auch noch auf anatomisch-physiologischen Verhältnissen, die Schreiber also erklärt: „Wenn man irgend einen Teil des Körpers in der Richtung von der Peripherie nach dem Herzen streicht, so wird durch diese Prozedur die Lymphe und das venöse Blut rascher fortbewegt. Da die Lymphgefässe gleich den Venen eine grosse Menge Klappen besitzen, so wird ein Rückfliessen der Lymphe verhindert. Die in den gestrichenen und gepressten Teilen erzeugte Fortbewegung des Lymphstromes wirkt aber nach rückwärts, indem die mechanisch ausgeleerten Lymphgefässe neue, aus den Kapiliaren mittelst des Blutdrucks ausgepresste Flüssigkeit aufzusaugen imstande sind. Die kräftige Streichung wirkt desshalb wie ein Pumpwerk auf die Lymphgefässe und Venen.“ Die mittelbare Einwirkung bei leichter Massage kommt für uns nur in sofern in Betracht, als sie in dem atrophischen Uterus eine erhöhte Blutzirkulation, also eine bessere Ernährung bewirkt. Beispiele hierfür bieten die zwei Fälle 18 und 29, bei denen geradezu eine Volumszunahme des atrophischen Uterus bei der Entlassung constatiert wird. Da die eine Pat. ausserdem noch an Hysterie litt, so will ich auf diesen Fall hier noch näher eingehen. Es handelt sich um eine 30jährige Frau, welche stets an Dysmenorrhœ litt, Chlorose überstand und seit sechs Jahren steril verheiratet ist. Vor 3 Monaten bekam sie einen hysterischen Krampfanfall verbunden mit Schmerzen und Blutungen. Letztere hörten bald auf, während die Kreuzschmerzen, besonders aber die nervösen Beschwerden von seiten des Magens, Herzens und Kopfes noch fortbestehen. Patientin ist abgemagert, blass, ihr Abdomen empfindlich. Beide Parametrien sind atrophisch, links empfindliche

Stränge, welche den atrophischen Uterus hinten fixieren. Infolge der Atrophie des Beckenbindegewebes treten die Därme sehr tief herab. Das rechte Ovarium ist höckrig, prolabiert und schmerzhaft auf Druck; das l. Ovarium liegt an der linken Beckenwand.

Therapie: Bettruhe, Diät, Kali brom. 1,0gr. 2mal tägl., Sitzbäder, Chloralhydratglycerintampon, Faradisation und 11 Sitzungen Massage, auch des Uterus. Nach 26 Tagen wird Pat. entlassen. Ihre hysterischen Beschwerden sind völlig geschwunden; der Uterus wird deutlich grösser und besser genährt gefunden, als wie er bei erster Untersuchung sich darbot. Er ist median gelegen und die weich und unempfindlich gewordenen Parametrien gestatten ihm eine freie Beweglichkeit. Das rechte Ovarium ist höher gelegen und nicht mehr druckempfindlich. Die Dauer des therapeutischen Erfolges beweist ein Brief der Pat., in welchem sie uns nach 4 Monaten mitteilt, dass sie völlig arbeitsfähig und ohne Beschwerden geblieben sei.

Noch einen Punkt will ich bei der Besprechung der Massagewirkung hier kurz berühren. Die meisten Autoren, besonders Ziegenspeck, vertreten die Ansicht, dass durch Massieren die parametritischen Stränge gedehnt und zur Resorption gebracht werden können. W. A. Freund dagegen glaubt, dass die Bindegewebsstränge nur zerrissen, nicht gedehnt und resorbiert werden können durch Massage. Den Erfolg der letzteren erklärt er dadurch, dass das sehr elastische Peritoneum gedehnt und hierdurch die in demselben liegenden schmerzhaften Bindegewebszüge aus ihrer Fixation gelöst und dadurch unempfindlich werden.

Hinsichtlich ihrer Wirkung steht der Massage am nächsten die Gymnastik, welche in 9 Fällen mit ihr kombiniert zur Anwendung kam, einmal zusammen mit Ichthyol. Diese sämtlichen Pat. wurden ambulatorisch behandelt, abgesehen von der letzten und erhalten dadurch noch eine besondere Bedeutung, dass über 4 von ihnen hinsichtlich des ferneren Befindens Erkundigungen eingezogen werden konnten, die bei allen günstig ausfielen. Dieser für die Prognose des Par chr. so wichtige Umstand wird im zweiten Teile dieser Arbeit noch nähere Beachtung finden.

Hinsichtlich der Wirkungsweise der von Thure Brandt empfohlenen Gymnastik mögen mir hier nur einige Bemerkungen gestattet sein. Sie besteht in aktiven, passiven und Widerstandsbewegungen der schwedischen Heilgymnastik und hat den Zweck, das Allgemeinbefinden der Pat., das Nerven-, Circulations- und

Verdauungssystem, günstig zu beeinflussen. Ausserdem soll aber auch durch bestimmte Bewegungen an bestimmten Körperteilen der Blutzufluss zu den Organen vermehrt oder vemindert werden können. Indess hat Ries durch Temperaturmessungen in der Scheide nachgewiesen, dass sowohl die sog. zuleitenden, wie ableitenden Bewegungen eine Temperaturerniedrigung zur Folge haben, dass also alle gymnastischen Bewegungen als ableitende zu betrachten sind, da bei zuleitenden Bewegungen die erhöhte Blutmenge ja eine Temperatursteigerung bewirken müsste.

Als Beispiel für den guten Erfolg der kombinierten Behandlung mit Massage und Gymnastik führe ich Fall 32 an, wo nach 9 Sitzungen in 14 Tagen vollständiges Wohlbefinden mit einer Gewichtszunahme von 4 ℔ erreicht wurde. Pat. stellte sich nach 5 Monaten wieder vor, gravid im 4 Monat; sie hatte noch weitere $10^1/_2$ ℔ zugenommen. Es erfolgte eine normale Geburt; indess leidet Pat. jetzt an Phthisis pulmonum. Ein gleich befriedigendes Resultat sehen wir hinsichtlich der Par. chr. bei einer anderen Pat. (34). Hier sind beide Parametrieen atrophisch und enthalten empfindliche Stränge; ausserdem drückt ein wegen Retroflexio uteri eingelegtes Pessar auf die prolabierten Ovarien. Nach der ersten Sitzung bleibt das rechte Ovarium an der normalen Stelle; nach der neunten Sitzung auf das linke; dabei sind die Parametrien weich und unempfindlich; der Uterus bleibt spontan in Anteflexion liegen, so dass Pat. ohne Pessar entlassen werden kann. Sie hat in 6 Wochen 4 ℔ zugenommen. Eine wirksame Beeinflussung des Allgemeinbefindens mit Hebung der Körperkräfte zeigt uns ein anderer Krankenbericht (28). Eine bettlägerige Pat., die wegen heftiger Schmerzen im linken Bein und der linken Inguinalgegend nicht gehen kann, wird durch 13 Sitzungen Gymnastik soweit gebessert, dass sie mehrere Stunden ausser Bett sein und leidlich gehen kann. Alle anderen vorher versuchten therapeutischen Massnahmen waren ohne Erfolg geblieben. Ein grosser Nutzen aber tritt bei all diesen mit Massage und Gymnastik behandelten Fällen, gegenüber den anderen Behandlungsmethoden der Par. chr. noch ganz besonders hervor, nämlich der, dass bei gleich schwerer Erkrankung in auffallend kürzerer Zeit ein gleich guter Heilerfolg erzielt wurde.

Unter den medikamentösen Mitteln, welche bei der Par. chr. in der hiesigen Klinik zur Anwendung kamen, finden wir am

häufigsten das Ichthyol. Dasselbe wurde in die Gynäkologie eingeführt durch die Publikationen von H. W. Freund (Berliner klinische Wochenschrift 1890 Nr. 11 und 45), der durch seine Untersuchungen in der hiesigen Frauenklinik die schmerzstillende und resorbierende Wirkung dieses Mittels bei entzündlichen Genitalaffektionen erprobte. Die Form, in welcher es in unseren Fällen am meisten zur Anwendung kam, ist die eine 10 % Lösung von Ammon. sulfoichthyolic. in Glycerin, welche auf einem Wattetampon in die Scheide gebracht wurde. Bei einigen Pat. wurde Ichthyol neben der äusseren Applikation auch noch innerlich verabreicht in Pillen (0,1—0,25 pro pil.) 5—6 Pillen pro die.

Bei unsern Kranken finden wir das Ichthyol im ganzen 12 mal angewandt. Ueberall zeigte sich seine schmerzstillende und resorbierende Wirkung in befriedigendem Masse, speziell dort, wo es mit Massage vereinigt wurde. Hier wurde anfangs meist das Ichthyol so lange allein gebraucht, bis die Schmerzhaftigkeit der parametritischen Stränge etwas abgenommen hatte und mit Massage begonnen werden konnte. Diese Art der Anwendung hat H. W. Freund selbst bei mehreren Pat. unserer Statistik praktisch ausgeführt. Die schmerzlindernde Eigenschaft des Ichthyols hierbei wird auch von v. Herff zugestanden, der sonst ein grosser Gegner dieses Mittels ist und die ihm nachgerühmte resorbierende Wirkung dem Glycerin zuschreibt; v. Herff hält es sogar für sehr geeignet, die bei der Massage alter Narben entstehenden, oft sehr bedeutenden Schmerzen zu mildern und zu beseitigen.

Als weitere therapeutische Massnahme bei der Behandlung der Par. chr. ist das Chloralhydrat zu nennen; dasselbe wirkt aber nur als Narkotikum zur Schmerzstillung. Um nun aber auch zugleich eine resorbierende Wirkung zu erzielen, die zwar nicht bewiesen, aber doch als von der Scheide aus möglich fast allgemein angenommen wird, so hat man hier das Chloralhydrat in einer 10 % Glycerinlösung zur Scheidentamponade verwandt; Glycerin ist nämlich ein Resorbens vermöge seiner Eigenschaft dem Gewebe Wasser zu entziehen. Bei allen entzündlichen Genitalaffektionen also, wo zu grosse Schmerzhaftigkeit eine Untersuchung oder lokale Therapie nicht gestattet, wird das Chloralhydratglycerin wegen seiner örtlich anästhesierenden und zugleich resorbierenden Eigenschaft mit grösstem Vorteil zur Verwendung kommen, sowohl als Vorbereitungskur, wie auch als Teil der Therapie. Als Beweis

hierfür nenne ich zwei Fälle (30 und 31), wo Chloralhydratglycerin mit Hydrotherapie verordnet wurde. Bei der ersten Pat. äusserte es seine schmerzstillende Wirkung sehr gut, während der objektive Befund bei der Entlassung kaum verändert ist, und nur die Beschwerden beseitigt sind; indess wurde die Kranke auf ihren Wunsch ungeheilt entlassen. Im zweiten Falle dagegen finden wir auch den Status insofern verändert, als die parametritischen Stränge zwar noch zu fühlen, aber weich, dehnbar und ohne Schmerzen sind. Im Uebrigen wurde Chloralhydratglycerin 8 mal mit Massage und 2 mal mit Elektrizität kombiniert und muss seine Eigenschaft als Resorbens und Anästhetikum voll und ganz anerkannt werden.

Der elektrische Strom kam bei 3 Kranken zur Anwendung und zwar litten 7 von diesen an ausgesprochenen Erkrankungen im Gebiete der nervösen Apparate. Die Behandlung dieser Neuralgien mit Elektrizität hat niemals einen Misserfolg zu verzeichnen. Als ein Beispiel führe ich Fall 17 an: Es handelt sich hier um ein 18jähriges Mädchen, welches bis vor $^1/_2$ Jahre stets gesund war. Damals erhielt sie einen heftigen Stoss gegen die rechte regio iliaca und kann seitdem wegen grossen Schmerzen mit dem rechten Bein nicht mehr gut auftreten. Die Untersuchung stellt folgendes fest: Pat. ist kräftig gebaut, nicht anämisch, sehr aufgeregt mit starrem Blick und leidet viel an ängstigenden Träumen. Die rechte forsa iliaca ist druckempfindlich, die Haut hier anästhetisch; im Verlauf der Lumboabdominalnerven ebenfalls grosse Druckempfindlichkeit. Beim Gehen schleppt Pat. das rechte Bein nach und tritt kaum damit auf. Der Uterus ist atrophisch und wird durch schmerzhafte Stränge im Parametrium dextr. hinten rechts fixiert. Die Därme treten tief ins Becken herab infolge der Atrophie des Beckenbindegewebes.

Therapie: Sitzbäder, kalte Abwaschungen, Chloralhydrattampon, Faradisation. Nach 21 Tagen kann Pat. gut gehen; das Parametr. dextr. ist weicher und dehnbarer, ohne Empfindlichkeit. Pat. hat in 14 Tagen 5 ℔ zugenommen. Einen gleich guten Erfolg sehen wir bei einer anderen Kranken (22), bei welcher ich mich nach 2 Jahren von der dauernden Heilung einer Neuralgie des Nerv. cut., femor. ext. sin. persönlich überzeugen konnte.

Bei je einer Kranken wurde zur Resorptionsbeförderung Jod- und Jodkaliglycerintampon neben Massage angewandt. Ausserdem bediente man sich in gleicher Absicht vielfach der gewöhnlichen

hydrotherapeutischen Massregeln, nämlich Sitzbäder, Scheidenspülungen, feuchter Umschläge und dgl. Was die Scheidendouchen betrifft, so muss ihre Wirkung zum grossen Teil als eine mechanische aufgefasst werden, gleichsam als Massage.

Es erübrigt noch, kurz auf die Erfolge hinzuweisen, welche bei den 16 durch Hysterie komplizierten Fällen erreicht wurde. Die eingeschlagene spezielle Therapie hat die Hysterie offenbar sehr vorteilhaft beeinflusst; indess zeigen die Pat., bei denen nur die ursächliche Par. chr. behandelt wurde, dass eine besondere Therapie der hysterischen Beschwerden nicht absolut nötig, wenn auch in schweren Fällen sehr angezeigt ist. Der Erfolg nun kann im allgemeinen nur sehr befriedigen, da auch bei den schwersten Erkrankungen dieser Art bei der Entlassung die hysterischen Symptome geschwunden waren. Als Beleg verweise ich auf Fall 10 der Statistik, der noch 7 Monate nach der Entlassung ohne Recidiv war.

Zum Schluss des ersten Teiles dieser Arbeit weise ich noch auf die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens der Kranken hin, indem bei den meisten bei der Entlassung eine Zunahme des Körpergewichts konstatiert wird.

Resummieren wir nun das bis jetzt Gesagte, so empfiehlt sich als beste Therapie bei Par. chr. atr. Massage mit Gymnastik, unterstützt durch resorbierende Medikamente und Hydrotherapie im Verein mit den gewöhnlichen diätetischen Verordnungen.

Wir kommen jetzt zur Besprechung der Prognose bei Par. chr. atr. Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass man mit den augenblicklichen Erfolgen der Therapie sehr zufrieden sein darf. Es fragt sich nun aber, bleibt dieser Zustand der Heilung bestehen oder treten nach einer gewissen Zeit die alten Beschwerden wieder auf. Um für die Beantwortung dieser so wichtigen Frage einen sichern Anhaltspunkt zu gewinnen, wurden bei den in Strassburg wohnenden Pat., soweit dies möglich war, Erkundigungen über ihr jetziges Befinden eingezogen. An der Hand der so gewonnenen Erfahrungen gewinnt die Beurteilung der Prognose bei den übrigen Kranken eine sichere Basis.

Das Resultat der Nachfrage ist nun dies, dass bei 4 von 11 Pat. ein Rückfall eingetreten ist; und zwar litten zwei von diesen an schwerer Hysterie. Im ersten Fall (15) handelt es sich um eine Frau mit sehr atrophischem Uterus, deren Anamnese und

Status uns schwere hysterische Erscheinungen darbietet. Nach 55tägiger Behandlung wurde sie zwar mit völligem Wohlbefinden und Beseitigung der parametritischen und oophoritischen Beschwerden entlassen; indess schon bald nachher wegen Angor pectoris hystericus und Melancholie in der hiesigen Nervenklinik zu wiederholten Malen behandelt. In dem andern Falle (7) sind beim Schlussstatus die Parametrien schmerzfrei und gedehnt, der Uterus atrophisch. Nach einem halben Jahre jedoch stellten sich die alten Leiden wieder ein. Die Kranke wurde eine Zeit lang poliklinisch behandelt, was ihre Beschwerden bedeutend besserte. Augenblicklich aber leidet sie wieder an der früheren Hysterie verbunden mit Leibschmerzen und Obstipationen. Dabei sieht sie sehr gut genährt aus und ist auch imstande einen kleinen Laden zu besorgen.

Ueber die dritte Pat. (29) besagt die Anamnese, dass sie stets schwächlich gewesen sei und an Leibschmerzen mit Obstipationen zu leiden hatte, zu denen sich in letzter Zeit noch Dysmenorrhœ hinzugesellte. Die Untersuchung stellte bei ihr hochgradigen Infantilismus der Genit. ext. et int. fest mit Atrophie des Uterus und der Parametrien. Die Therapie erreichte zwar, dass die parametritischen Stränge weich und schmerzlos wurden und auch der Uterus an Volumen etwas zunahm; indess wurde die Obstipation, die hier jedenfalls als ursächliches Moment zu betrachten ist, nicht gehoben. Nach 4 Wochen stellten sich daher die alten Beschwerden auch schon wieder ein, und Pat. befindet sich jetzt wieder seit 4 Monaten in poliklinischer Behandlung. Indess wird niemand bei solch hochgradigen schrumpfenden Prozessen im Uterus und in den Parametrien von einer Therapie eine völlige Heilung erwarten.

Die vierte Patientin (33) wurde mit einer Retroversio uteri entlassen, die ihr aber keine Beschwerden machte. Nach 10 Monaten stellten sich jedoch wieder Leibschmerzen ein und die Untersuchung ergab, dass sich wieder ein Strang im Param. sin. gebildet hatte. Durch zweimalige Massage wurde derselbe gedehnt, der Uterus aufgerichtet und eine Leibbinde verordnet; seitdem ist die Kranke ohne Beschwerden geblieben. Ich glaube daher, dass man auch diesen Fall zu den definitiv geheilten rechnen kann.

Was nun die Dauer der Heilwirkung bei diesen 4 Frauen betrifft, so stellten sich bei zweien sehr bald nach der Entlassung die alten Beschwerden wieder ein. In dem zuletzt beschriebenen Falle dauerte das Wohlbefinden $^3/_4$ Jahr, während bei einer andern

Patientin der Erfolg der Therapie ½ Jahr anhielt. Im ersteren Falle bestand aber eine Retroversio uteri, und ich glaube, dass hierin infolge der hierdurch bedingten Circulationsstörungen und permanenten Reizungen die Ursache des Recidivs zu suchen ist. Zweimal war die Par. chr. durch Endometritis (2) resp. Metritis chr. (6) kompliziert, die unter der angewandten Therapie heilten. Leider ist über das jetzige Befinden dieser Pat. nichts bekannt; jedenfalls aber würde bei einem Recidiv dieser Komplikationen auch ein Wiederauftreten der Par. chr. als Folgeerkrankung zu befürchten sein. Hieraus ergiebt sich, dass chronische Obstipation, Verlagerungen der Gebärmutter und ihre Entzündungen für die Fortdauer der erzielten Heilung bei Par. chr. eine eminente Rolle spielen. Hierbei wird ferner auch das Allgemeinbefinden der geheilten Frauen sowie ihre spätere Beschäftigung sehr in Betracht kommen, wie diese Verhältnisse überhaupt bei Frauenkrankheiten eine grosse Bedeutung haben. Eine kräftige, gut genährte Frau, die sich etwas schonen kann, wird viel weniger eine Wiedererkrankung zu befürchten haben, als eine solche, die schwere Arbeiten zu verrichten hat und ein sorgenvolles Dasein führt; während bei der einen alle Organe einen reichlichen Säftegehalt besitzen, werden bei der andern die säftearmen Gewebe leicht zur Schrumpfung neigen.

Stellen wir jetzt den oben genannten 4 Frauen mit Recidiv die 7 geheilten gegenüber, so finden wir, dass fast sämtlichen eine gute Prognose gestellt werden kann. Als ein Fall von Par. chr. mit Hysterie gelte (18), bei dem bis jetzt 4 Monate lang die alten Beschwerden fortgeblieben sind. Bei einer Pat. (22), welche neben der Par. chr. noch an einer Neuralgie des Nerv. cut. fem. ext. sin. litt, dauert die Heilung bereits 2 Jahre an; Pat. ist jetzt gravida (VII. m.). Eine andere Frau (36) hatte eine Par. chr. sup. mit Blasenstörungen und Retrofl. uteri; nach 3 Wochen wurde sie mit geheilter Par. chr. und normaler Antefl. entlassen. Ein Jahr später stellte sich Pat. wieder vor mit einer Retroflexio, von der sie keine Beschwerden hatte; die Parametrien waren völlig normal geblieben. Während also in Fall 33 die Gebärmutterverlagerung ein Recidiv der Par. chr. hervorrief, ist dies hier bis jetzt nicht eingetreten. Ich glaube jedoch, dass es sich in solchen Fällen empfehlen würde, ein Pessar einzulegen. Gleich günstig hinsichtlich der Fortdauer gestaltet sich die Heilung bei der letzten Pat. unsrer Statistik. Obschon ihre Beschwerden ganz bedeutend waren, ist sie doch bereits 1¾ Jahre lang seit ihrer Entlassung

völlig gesund und arbeitsfähig geblieben. In einem andern Falle von schwerster Hysterie (10) besteht die Heilung bereits 7 Monate. Von einer Kranken (12) will ich das ausführliche Krankenjournal hier wiedergeben. Pat. war stets schwächlich, hat mehrere Jahre an Chlorose und Beschwerden des Digestionstraktus, sowie Kreuzschmerzen gelitten. Die Untersuchung stellt bei ihr Chlorose, Infantilismus der Genitalien mit sehr starker Atrophie des Uterus und der Parametrien fest. Pat. wurde nach 80 tägiger Behandlung geheilt entlassen und ich hatte Gelegenheit mich persönlich zu überzeugen, dass sie jetzt nach $2^3/_4$ Jahren sehr gesund und blühend aussieht und stets ohne Beschwerden geblieben ist; sie ist gravida VI. m.

Dieser Fall gewinnt noch ganz besonders dadurch an Bedeutung, dass er uns zeigt, wie man bei Par. chr. mit ausgesprochener Atrophie des Uterus durch geeignete Therapie es dahin bringen kann, dass noch Gravidität möglich wird. Bei einer andern Pat. (32) mit bei der Aufnahme konstatierter Atrophie des Uterus tritt ebenfalls Gravidität gleich nach der Entlassung ein mit normaler Geburt. Pat. ist ohne Recidiv der Par. chr. geblieben, leidet aber jetzt an Phthisis pulm. In einem dritten Falle (22) mit früherer Atrophie des Uterus besteht jetzt ebenfalls Gravidität (VII. m.). Auf den Eintritt von Schwangerschaft wird bei Par. chr. von W. A. Freund ein ganz besonders hoher Wert gelegt, indem er der Ansicht ist, dass die durch Gravidität bedingte sehr reichliche Durchtränkung der Beckenorgane mit Nährsäften allein imstande ist, in den atrophischen Geweben eine restitutio ad integrum herbeizuführen.

Unter den 7 Fällen von Heilung hat 11 und 3 die kürzeste Beobachtungszeit, nämlich 4 resp. 7 Monate. Bei den 4 Pat. mit Rückfall trat der späteste nach 6 Monaten auf. — Fall 33 kann nicht in Betracht kommen, da die Pat. hier mit der Ursache der Wiedererkrankung, nämlich eines Retroversio uteri, entlassen wurde. — Indess hieraus eine Zeitgrenze für das Auftreten von Recidiven herleiten zu wollen, ist nicht angängig, da der Beobachtungen viel zu wenige sind und es auch in dieser Hinsicht sehr auf den Grad der einzelnen Erkrankung ankommt. Ebenso kann man aus diesen 11 Fällen keine allgemeinen Schlüsse für die Prognose der Par. chr. ziehen, die hier 72 % definitive Heilung ergeben würde. So viel aber glaube ich behaupten zu dürfen, dass man die Prognose bei Par. chr., auch in Fällen, die mit hysterischen Erscheinungen

mässigen Grades kompliziert sind, bei richtiger Therapie noch als günstig bezeichnen darf. Anderseits zeigen uns die vorstehenden Erwägungen auch, dass verschiedene ursächliche Momente, wie chronische Obstipationen, fortbestehende Gebärmutterverlagerungen und Entzündungen, sowie auch die äusseren sozialen Verhältnisse, unter denen die Pat. leben, bei der Prognose der Par. chr. atr. bedeutend ins Gewicht fallen.

Es folgen jetzt die Krankengeschichten von 40 Pat., welche vom Jahre 1889—1892 in der hiesigen Frauenklinik wegen Par. chr. atr. behandelt worden sind.

FALL 1.

Frl. F., 27 J. 1889. 1.—20. V.

Anamnese: Stets Dysmenorrhoe; mehrmals Uteruserkrankungen; vor 2 Jahren normaler partus; dann wieder eine Uteruserkrankung mit hysterischen Symptomen.

Status: Pat. gut genährt; Schmerzen im ganzen Körper. Uterus eleviert, atrophisch, links fixiert; Param. sin. verkürzt, schmerzhaft; Ovar. sin. hart.

Diagnose: Par. chr. sin., Hysterie.

Therapie: Laxans, Ausspülungen, Tinct. Valer. 10 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus median, abnorm beweglich wegen allgemeiner Atrophie der Parametrien; Param. sin. und Ovar. sin. weich, schmerzlos.

FALL 2.

Frau L., 42 J. 1889. 18. VI.—21. VII.

Anamnese: Fünf normale Geburten; vor $^3/_4$ Jahren Abort (II. m); in der letzten Gravidität stets Schmerzen, desgleichen im Wochenbett. Seit 6 Wochen Dysmenorrhœ und Obstipation.

Status: Pat. blass, kann vor Schwäche in den Beinen kaum gehen; Uterus vergrössert, fluor; Param. et Retractor uteri dextr. narbig, verkürzt, schmerzhaft, fixieren den Uterus.

Diagnose: Par. chr. dextr., Endometr.

Therapie: Antiphlogose, Jodkali, 28 Tage Massage.

Schlussstatus: Pat. kann besser gehen; Atrophie der Oberschenkelmuskulatur. Uterus median, norm. gross; param. dextr. frei, schmerzlos.

FALL 3.

Frau W. 28 J. 1889. 16. XI.—20. XII.

Anamnese: Menses stets unregelmässig; vor 6 Jahren normaler partus et puerperium; seitdem vor den Menses starke Schmerzen; Symptome der Hysterie.

Status: Pat. anämisch., melancholischer Gesichtsausdruck; Uterus klein, Portio links hinten fixiert; beide Parametr. atrophisch mit empfindlichen Strängen.

Diagnose: Par. chr. dupl., Hysterie.

Therapie: Bismuth subn. heisse Scheidendouchen; Jodglycerin, kalte Douchen, 18 Tage Massage.

Schlussstatus: Beide Parmatr. frei, schmerzlos, geringe Kreuz- und Kopfschmerzen; zu Hause Ausspülungen und kalte Douchen..

FALL 4.

Frl. M. 27 J. 1889. 18. XI.—9. I. 1890.

Anamnese. Stets Dysmenorrhœ; seit 1 Jahr häufig Obstipation und ausserordentlich häufiger Urindrang.

Status: Pat. kräftig, muss tags wohl 30 mal und nachts wohl 10 mal uriniren; Urin normal, wird ohne Schmerzen gelassen; Cervix durch einen derben empfindlichen Strang von oben fixiert. Uterus und Ovar. sin. im verkürzten und schmerzhaften Param. sin. fixiert.

Diagnose: Par. chr. sin., Ischurie.

Therapie: Ausspülungen, Chloralhydratglycerintampon; 40 Tage Massage; Faradisation der Blase mit Dilatation der Urethra (wirkt vorzüglich). Pessar.

Schlussstatus: Pessar liegt gut; Param. sin. gedehnt, schmerzlos; Urinlassen 3 mal tags, 2 mal nachts. Probeweise entlassen.

FALL 5.

Frau H. 23 J. 8. VII.—17. VIII. 1889.

Anamnese: Vor $^1/_2$ Jahr Ferceps mit fieberhaftem Puerperium; in der linken Seite Schmerzen, strahlen in das geschwollene Bein aus.

Status: Pat. mager, anämisch; Uterus nach links fixiert; beide Param. stark verkürzt, schmerzhaft, besonders links; ganze linke Körperhälfte schmerzhaft.

Diagnose: Par. chr. dupl. praecipue sin.

Therapie: Ruhe, Bäder, Priessnitz, Ichthyolglycerintampon.

Schlussstatus: Parametrien weich, unempfindlich; noch geringes Ziehen in der linken Seite, sonst Wohlbefinden.

FALL 6.

Frau G. 37 J. 15. X.—6. XI. 1889.

Anamnese: Vor den menses stets Leibschmerzen und Erbrechen; 2 normale Geburten und Wochenbetten; seit dem Tode des Mannes vor 5 Jahren Melancholie und Hysterie.

Status: Pat. gut genährt; Schmerzen überall; Uterus retrovertiert, voluminös, durch sehr empfindliche Stränge im Param. sin. nach links gezogen; Ovarien normal.

Diagnose: Par. chr. sin.; Hysterie; Metritis chr.

Therapie: Kali brom., Hydrotherapie; Ichthyolglycerintampon; Pessar.

Schlussstatus: Uterus frei, liegt gut im Pessar; Param. sin. gedehnt, weich, schmerzlos; leichte Kopfschmerzen; Pat. ist wieder lebensfroh; zu Hause kalte Bäder, Kali brom.

FALL 7.

Frau K. 25 J. 12. II.—12. III. 1889.

Anamnese: Seit der Verheiratung Dysmenorrhoe; in letzter Zeit Leibschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation; steril; 3 mal Gebärmutterentzündung.

Status: Pat. gut genährt; Uterus links hinten fixiert; Param. et Retract. uteri sin. stark verkürzt, schmerzhaft; harte Faeces; Adnexe normal.

Diagnose: Par. chr. sin., Hysterie.

Therapie: Laxans, Galvanisation, 15 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus nahezu median; Stränge weich, dehnbar, keine Schmerzen mehr.

Resultat: Pat. hat sich $^1/_2$ Jahr lang nach der Entlassung wohl befunden; alsdann traten die früheren Beschwerden allmählich wieder auf; sie wurde eine Zeit lang poliklinisch behandelt; indess hat sie jetzt wieder die alten Leiden.

FALL 8.

Frau F. 38 J. 12.—28. V. 1890.

Anamnese: Bis zum 25. Jahre häufig Chlorose; vor 9 Jahren Abort (III. m.), seitdem steril; seit 2 Jahren Schmerzen in Brust, Leib und Kreuz; geringer Fluor und Obstipation.

Status: Pat. anämisch, nervös; Stechen und Schmerzen am ganzen Körper; häufiges Erbrechen. Portio verdickt, Uterus sehr atrophisch, antevertiert, beide Param. schmerzhaft, verkürzt, rechts mehr wie links.

Diagnose: Par. chr. dupl. praec. dextr., Hysterie.

Therapie: Laxans, 16 Tage Massage.

Schlussstatus: Vom 5. Tage ab Massage fast schmerzlos; heitere Stimmung; Parametrien deutlich gedehnt, weich, schmerzlos; Uterus med. frei beweglich.

FALL 9.

Frau S., 27 J. 20.—25. III. 1890.

Anamnese: Mit 15 J. Menses, regelmässig, mit Kreuzschmerzen; 1884 Abort (II. m.); wegen Prolaps. uteri später Pessar. Seit längerer Zeit Obstipation mit Leibschmerzen.

Status: Pat. klein, mager; Uterus antevertiert; Param. et Retract. uteri sin. verkürzt und schmerzhaft; fixieren des Uterus.

Diagnose: Par. chr. sin.

Therapie: Diät, 5 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus fast median, gut beweglich; spontan kaum noch Schmerzen; Parametr. sin. gut gedehnt, weich, unempfindlich, ebenso Retract. uteri sin.

FALL 10.

Frau G. 24 J. 14. V. 15. VI. 1890.

Anamnese: Seit 5 Jahren schwermütig; Herzklopfen, Schmerzen im Kopf, Kreuz und Leib; Menses immer schwächer, Blut blasser. Ausserdem seit einem Jahr häufiges Erbrechen, Appetit- und Schlaflosigkeit; Reizbarkeit, Globus hystericus, Obstipation, Abnahme des Körpergewichts.

Status: Pat. kräftig, muskulös, anämisch, melancholischer Gesichtsausdruck. Abdomen und Flanken druckempfindlich; an beiden Seiten der Wirbelsäule deutliche Druckpunkte; Uterus klein anteflektiert, retrodextroponiert; beide Ovarien empfindlich, links an der Beckenwand; Parametrien atrophisch, schmerzhaft, fixieren den Uterus.

Diagnose: Par. chr. dupl. praec. dextr., Hysterie.

Therapie: Diät, Bettruhe, Kali brom. 2,0 2 × tgl.; Bismuth. subn.; Tinct. Valeri c. Chin. comp.; kalte Abwaschungen; Galvanisation des Rückens; Moorsitzbäder; Chloralhydratglycerintampon.

Resultat: 7 Monate nach der Entlassung war Pat. noch völlig gesund geblieben.

FALL 11.

Frau D. 41 J. 13.—23. V. 1890.

Anamnese: Sechs normale Geburten, dauerten je 2 Tage; seit der letzten vor 4 Jahren nervös; Menses alle 3 Wochen sehr schmerzhaft; Appetit und Schlaf gering; Klagen über Schmerzen am ganzen Körper.

Status: Pat. kräftig, blass; ausgesprochene Hysterie; Uterus hart, antevertiert, sinistro-retroponiert, fixiert. Im Param. sin. empfindliche Stränge.

Diagnose: Par. chr. sin., Hysterie.

Therapie: Ichthyolglycerintampon, kalte Douchen, 6 Tage Massage auch des Uterus.

Schlussstatus: Uterus und Parametrien normal; schmerzlos.

FALL 12.

Frl. P. 26. J. 3. VI.—22. VII. 1890.

Anamnese: Stets kränklich gewesen; Menses unregelmässig, schmerzhaft: seit 2 Jahren oft Magenbeschwerden, Erbrechen. Obstipation, Kreuzschmerzen.

Status: Pat. mager, anämisch; Venensausen, Hymen erhalten; Genit. ext. et int. infantil; Uterus sehr atrophisch, anteflektiert, eleviert, nach links verzogen; Param. et Retract. uteri sin. verkürzt u. schmerzhaft.

Diagnose: Par. chr. sin.

Therapie: Laxans, Ichthyolglycerintampon; nach 50 Tagen sind die Schmerzen soweit gebessert, dass täglich massiert werden kann, 30 Tage lang. Diät.

Schlussstatus: Uterus beweglich, nahezu median; Param. sin., weich, wenig schmerzhaft, aber nur bei Druck.

Resultat: Pat. ist $2^3/_4$ Jahre ohne Recidiv geblieben; sie ist jetzt sehr kräftig, gravida (VI. m.)

FALL 13.

Frl. B. 30 J. 10. VI. — 5. VII. 1890.

Anamnese: 1883—1885. Magenleiden, Obstipation, starke Leibschmerzen; Dysmenorrhœ, Gefühl von Schwere im Leibe, deshalb anderweitig eine Operation, Pessar. Seit 2 Monaten die Beschwerden grösser; Appetit und Schlaf gering; Dysurie.

Status: Pat. schwächlich; rechte Inguinalgegend druckempfinplich; Genit. ext. infantil; Uterus atrophisch, anteflektiert, dextrovertriert; Param. dextr. narbig, verkürzt und empfindlich.

Diagnose: Par. chr. dextr.

Therapie: Ichthyolglycerintampon, 13 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus median, Param. dextr. frei.

FALL 14.

Frau St. 22 Jahre. 18.—27. X. 1890.

Anamnese. 3 normale Geburten und Wochenbetten; vor 3 Monaten Abort (III. m.); seitdem fast stets Blutungen mit Schmerzen.

Status: Pat. gut genährt, blass; Uterus atrophisch, retroponiert, sinistrovertiert; beide Parametrien empfindlich verkürzt, besonders links. Därme tief im Becken.

Diagnose: Par chr. dupl. præc. sin., Metrorrhagie.

Therapie: Sitzbäder, Vin. ferr. pepton; Chloralhydratglycerintampon; 3 mal Massage.

Schlussstatus: Uterus median, ohne Blutung. Parametrien weich, ohne Schmerzen.

FALL 15.

Frau H. 10. XI. 1890—5. II. 1891.

Anamnese: Vor $1^1/_2$ Jahren normale Geburt, Dysmenorrhœ; Menses alle 3 Wochen; später stets Leibschmerzen, Krämpfe, Reizbarkeit.

Status: Pat. schwächlich; Uterus atrophisch, anteflektiert, links hinten fixiert; Param. sin. et Retract. uteri sin. verkürzt, sehr schmerzhaft; in der linken Seite deutliche Druckpunkte; Ovarien etwas empfindlich.

Diagnose: Par chr. sin., Hysterie.

Therapie: Ruhe, Diät, Ichthyolglycerintampon, Massage ruft ein kleines Exsudat hervor; Faradisation.

Schlussstatus: Exsudat geschwunden; Uterus frei. Param. sin. weich, schmerzlos; Ovarien schmerzlos; Gewichtszunahme 3 Pfund.

Resultat: Wegen Melancholie und Angor pectoris hystericus später wiederholt in der Nervenklinik behandelt.

FALL 16.

Frau N. 30 J. 24. XI.—6. XII. 1890.

Anamnese: 4 normale Geburten; in der letzten Gravidität vor 1½ Jahren fiel Pat., darauf Leibschmerzen und häufiges Erbrechen bis heute.

Status: Pat. kräftig; ängstlicher, nervöser Gesichtsausdruck; Abdomen und Kreuzbeingegend druckempfindlich; Uterus anteflektiert; Portio nach rechts, corpus uteri nach links; Param. sin. und Retractores uteri verkürzt, empfindlich.

Diagnose: Par. chr. sin., Hysterie.

Therapie: Ruhe, Kali brom., Sitzbäder, kalte Waschungen, Chloralhydratglycerintampon; 3 mal Massage.

Schlussstatus: Uterus frei, Param. sin. dehnbar.

FALL 17.

Frl. W. 18. Jahre. 29. X.—20. XI. 1890.

Anamnese: Vor ½ Jahr ein heftiger Stoss gegen die regio iliaca dextr.; seitdem Schmerzen; Pat. kann rechts nicht gut auftreten.

Status: Pat. kräftig, aufgeregt, starrer Blick, hat oft ängstigende Träume; Fossa iliaca dextr. druckempfindlich, Haut hier anästhetisch; deutliche Druckempfindlichkeit im Verlauf der Lumboabdominalnerven; rechts tritt Pat. kaum auf beim Gehen. Uterus atrophisch, empfindliche Stränge im Param. dextr. fixieren ihn rechts hinten. Därme treten tief herab.

Diagnose: Par. chr. dextr., Hysterie.

Therapie: Sitzbäder, kalte Waschungen, Chloralhydratglycerintampon, Faradisation.

Schlussstatus: Pat. kann gut gehen; Param. dextr. weicher und dehnbarer wie vorher, fast schmerzlos, Gewichtszunahme in 14 Tagen 5 Pfund.

FALL 18.

Frau St. 30 J. 16 X.—13. XI. 1890.

Anamnese: Dysmenorrhœ, Chlorose, 6 Jahre steril verheiratet; vor 3 Monaten Krämpfe mit Blutung und Schmerzen; letztere bestehen noch; ebenso die Nervosität.

Status: Pat. blass; Abdomen empfindlich; Uterus atrophisch; beide Parametrien atrophisch, links schmerzhafte Stränge, die den Uterus fixieren; rechts Därme tief; Ovar. dextr. prolabiert, höckerig, empfindlich, Ovar. sin. an der Beckenwand.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. sin., Hysterie.

Therapie: Kal. brom., Sitzbäder, Chloralhydratglycerintampon, Faradisation; 11 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus grösser, besser genährt, median, beweglich; Param. sin. frei; Ovar. dextr. liegt höher, schmerzlos; zu Hause Kal. brom. und Sitzbäder weiter.

Resultat: Nach 4 Monaten teilt Pat. mit, dass sie ganz gesund geblieben ist.

FALL 19.

Frau H., 31 J. 17. I.—3. II. 1891.

Anamnese: Chlorose; 2 normale Geburten und Wochenbetten; seit 5 Jahren hysterische Erscheinungen.

Status: Patient mager; Uterus anteflektiert, durch schmerzhafte narbige Verkürzung des Param. sin. fixiert; Param. dextr. atrophisch; Därme hier tief. Ovar. sin. eleviert.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. sin., Hysterie.

Therapie: Kal. brom., Tinct Valer., Hydrotherapie; Chloralhydratglycerintampon; 10 Tage Massage.

Schlussstatus: Innerer Befund normal; Gewichtszunahme 2 Pfund.

FALL 20.

Frau M., 30 J. 12. IV.—14. VII. 1891.

Anamnese: Vor 7 Jahren fieberhaftes Wochenbett; seitdem allmählich zunehmende hysterische Beschwerden mit Leibschmerzen und Obstipation.

Status: Uterus atrophisch; ebenso Param. sin. mit empfindlichen, narbigen Strängen; Ovar. sin. fixiert.

Diagnose: Par. chr. sin. Hysterie.

Therapie: Hydrotherapie; Ichthyolglycerintamponade.

Schlussstatus: Uterus median; Param. sin. frei; noch leichte hysterische Magenschmerzen.

21. FALL.

Frl. M., 23 J. 3. 26. X. 1891.

Anamnese: Menses stets unregelmässig; seit 2 Jahren plötzlich eingetretene Leibschmerzen, dazu später häufig Obstipation.

Status: Patientin schwächlich; Hymen, Uterus durch einen derben Strang im Param. dextr. fixiert; hier adhäriert deutlich das Cœcum als gefüllter Schlauch.

Diagnose: Par. chr. dextr., Perityphlitis chr.

Therapie: Laxans, Kefir, Ichthyolglycerintamponade; 18 Tage Massage auch des Cœcums.

Schlussstatus: Innerer Befund normal; durch Massage des Cœcums grosse Erleichterung bewirkt.

FALL 22.

Frau H., 33 J. 14. X.—17. XI. 1891.

Anamnese: Dysmenorrhœ; 2 normale Geburten und Wochenbetten; Leibschmerzen seit 3 Jahren, werden beim Arbeiten heftiger.

Status: Ausstrahlende Schmerzen im Verlauf des Nerv. cut. femor. ext. sin. Uterus und Param. dextr. atrophisch; Uterus durch schmerzhafte Stränge rechts fixiert.

Diagnose: Par. chr. dextr., Neuralgia Nerv. cut. femor. ext. sin.

Therapie: Kali brom., Tinct. Valer., Chloralhydratglycerintampon. Galvanisation, 16 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus und Param. dextr. frei; Neuralgie gehoben.

Resultat: Pat. hat sich seit ihrer Entlassung vor 2 Jahren stets wohl befunden und keine Neuralgie wieder bekommen; gravida (VII. m.)

FALL 23.

Frau H., 39 J. 23. X.—23. XI. 1891.

Anamnese: Dysmenorrhœ; 3 lange dauernde Geburten; bei der letzten starke Blutung; seit 2 Jahren Leibschmerzen und Hysterie.

Status: Uterus anteflektiert, hinten fixiert; Retractores und Param. dextr. verkürzt, schmerzhaft; allgemeine hysterische Klage.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. dextr., Hysterie.

Therapie: Ruhe, Kal. brom., kalte Waschungen; Tinct. Valer.; Chloralhydratglycerintamponade, 20 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus vorn, median, beweglich, Stränge gedehnt, unempfindlich.

FALL 24.

Frau C., 25. J. 10. XI.—3. XII. 1891.

Anamnese: Stets Dysmenorrhœ; seit der Verheiratung gesteigert; Menses unregelmässig; seit 2 Jahren Leibschmerzen; steril.

Status: Pat. mager, anämisch; Genit. ext. et. int. infantil; Parametrien atrophisch; Uterus durch empfindliche Stränge rechts hinten fixiert; Ovarien sehr schmerzhaft, Därme reichen tief.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. dextr., Oophoritis.

Therapie: Diät, Galvanisation, Chloralhydratglycerintamponade, 15 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus konsistenter; Stränge und Ovarien weich, fast schmerzlos; 4 Pfund Gewichtszunahme. Auf Wunsch entlassen.

FALL 25.

Frl. K., 24 J. 15. I. 20. II. 1892.

Anamnese: 3 normale Geburten; zweites Wochenbett fieberhaft; in der dritten Gravidität vor $1^1/_2$ Jahren Schmerzen, bestehen noch; Appetitlosigkeit.

Status: Portio dick; Uterus durch schmerzhafte Stränge im Param. sin. und die verkürzten Retractores uteri hinten fixiert.

Diagnose: Par. chr. post. præc. sin.

Therapie: Ichthyolglycerintampon., 25 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus vorn, median; Stränge weich.

FALL 26.

Frau Ch., 29 J. 23. I.—3. II. 1892.

Anamnese: 3 normale Geburten rasch nach einander; darauf Dysmenorrhœ; Obstipation, Gefühl als ob sich im Leibe etwas senke.

Status: Pat. mager; Uterus und Parametrien atrophisch; rechts schmerzhafte Stränge; Därme liegen tief im Becken.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. dextr.

Therapie: Ruhe, Tinct. Valer., Hydrotherapie, Galvanisation, Ichthyolglycerintamponade.

Schlussstatus: Stränge weich, schmerzlos; Gewichtszunahme 2 Pfund; zu Hause Eisenpräparate nehmen.

FALL 27.

Frau K., 33 J. 3.—22. VI. 1892.

Anamnese: Chlorose; 3 normale Geburten; 1 Abort (III. m.) fieberhaft; seit 1 Jahr starke Leibschmerzen.

Status: Uterus durch schmerzhafte Stränge in den atrophischen Parametrien fixiert; Ovarien prolabiert.

Diagnose: Par. chr. dupl.

Therapie: Ichthyolglycerintamponade; 19 Tage Massage.

Schlussstatus: Normaler Genitalbefund.

FALL 28.

Frau M., 25 J. 19. IX.—29. X. 1892.

Anamnese: 1890 normale Geburt; 1891 Nephritis und Cystitis; neue Gravidität, wegen Oedeme künstliche Frühgeburt; seit 2 Monaten das alte Leiden mit Leibschmerzen.

Status: Starker Panic. adipos.; viertelstündlich Tag und Nacht urinieren unter Schmerzen; ausgesprochene Cystitis, wenig Eiweiss; beide Parametrien atrophisch mit empfindlichen Strängen; dasselbe im Verlauf der Ureteren; Uterus klein. Ovar. sin. fixiert; Pat. kann wegen Schmerzen in der linken Inguinalgegend kaum gehen.

Diagnose: Par. chr. dupl., Cystitis.

Therapie: Trockendiät; Salol 2 gr.; Tannin mit Opium; Sitzbäder; Ichthyolglycerintamponade; 13 Tage Gymnastik.

Schlussstatus: Gymnastik hat bewirkt, dass Pat. ein paar Stunden aufstehen kann; Harndrang geringer; Status Genit. idem.; nur die Ureteren etwas weicher; auf Wunsch etwas gebessert entlassen.

FALL 29.

Frau H., 21 J. 11. X.—16. XI. 1892.

Anamnese: Stets schwächlich, Leibschmerzen; Obstipation; seit $^1/_2$ Jahr Dysmenorrhœ grösser; Menstrualblut blasser; Kräfteverfall.

Status: Pat. sehr mager; Genit. ext. et int. infantil.; Parametrien atrophisch; empfindlich; Stränge fixieren den atrophischen Uterus links hinten.

Diagnose: Par. chr. dupl. præc. sin.

Therapie: Laxans, Klysma; Ichthyolpillen; Ichthyolglycerintamponade; 20 Tage Massage.

Schlussstatus: Uterus gewachsen, median; Param. weich, schmerzlos; Obstipation besteht noch.

Resultat: Nach 4 Wochen stellen sich die alten Beschwerden allmählich wieder ein; Pat. befindet sich seit 4 Mon. wieder in poliklinischer Behandlung.

FALL 30.

Frau S. 10.—27. XI. 1892.

Anamnese: Pat. ist Siebenmonatskind; 4 normale Geburten, ein fieberhaftes Wochenbett, darauf 3 Jahre bettlägerig; seit $^1/_2$ Jahre Kreuz- und Leibschmerzen, Oedeme, Obstipation.

Status: Pat. anämisch, leichte Oedeme; Uterus klein, links hinten fixiert; Param. et. Retractor uteri sin. verkürzt, schmerzhaft; Ovarien leicht empfindlich; Klagen über Leibschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Diagnose: Par. chr. sin., Hysterie.

Therapie: Sulfonal, 1,0 pro die, Salzsitzbäder; Chloralhydratglycerintamponade.

Schlussstatus: Appetit und Schlaf gut; Ovarien nicht mehr empfindlich, sonst Status Genit. idem; zu Hause Sitzbäder.

FALL 31.

Frau B. 33 J. 23. II.—11. III. 1892.

Anamnese: Stets schwächlich gewesen; 2 Aborte (II. m.) 2 normale Geburten; 1 Forceps mit fieberhaftem Wochenbett; seit Jahren Leibschmerzen.

Status: Pat. mager, anämisch; Uterus klein, Bewegungen schmerzhaft; in beiden Parametrien empfindliche Stränge; Retractores uteri verkürzt.

Diagnose: Par. chr. dupl.

Therapie: Ammon. ferro-citric; Ausspülungen, Sitzbäder; Chloralhydratglycerintamponade.

Schlussstatus: Uterus frei; Stränge noch zu fühlen, aber weich, dehnbar und schmerzlos; Gewichtszunahme.

Es folgen jetzt 9 ambulatorisch behandelte Patientinnen:

FALL 32.

Frau F. 25 J. 1891.

Anamnese: In 4 Jahren 3 Geburten; seitdem Gefühl von Bewegung im Leibe; Mattigkeit wenig Appetit, Obstipation.

Status: Pat. abgemagert; Uterus atrophisch, sehr beweglich; Beckenbindegewebe sehr fettarm, atrophisch.

Diagnose: Par. chr. dupl.

Therapie: Leberthran; Massage und Gymnastik für Rumpf und Extremitäten, 9 mal.

Schlussstatus: Wohlbefinden; Parametrien weich, schmerzlos; Gewichtszunahme 4 Pfund.

Resultat: Nach 10 Monaten seit der Entlassung normale Geburt; kein Recidiv der Par. chr., Phthisis pulmon.

FALL 33.

Frau B. 29 J. 1891.

Anamnese: 2 normale Geburten, Abort (III. m); Leib- und Kreuzschmerzen, Obstipation, Hæmoptœ, Nachtschweisse.

Status: Uterus retrodextrovertiert, schwer aufzurichten; durch parametritische Stränge beiderseits hinten fixiert, Schmerzen beim Arbeiten.

Diagnose: Param. chr. dupl., Retroversio uteri.

Therapie: Massage, Gymnastik für den Oberkörper, 15 mal.

Schlussstatus: Uterus retrovertiert, gut aufrichtbar; Parametrien weich, schmerzlos.

Resultat: Nach 10 Monaten ein neuer schmerzhafter Strang im Param. sin.; derselbe wird durch 2 malige Massage gedehnt; der Uterus wird aufgerichtet, Leibbinde; dauernde Heilung.

FALL 34.

Frau F. 24 J. 1891.

Anamnese: In 3 Jahren 3 normale Geburten; seit 2 Monaten Pessar; Fluor, Schmerzen.

Status: Uterus retroflektiert; Parametrien atrophisch; die prolabierten Ovarien drückt ein Pessar.

Diagnose: Par chr. dupl., Retrofl. uteri.

Therapie: Massage, Gymnastik mit wenig anstrengenden Bewegungen, 9 mal.

Schlussstatus: Uterus anteflektiert; Ovarien schmerzlos, normal gelegen; Parametrien weich; 4 Pfund zugenommen.

FALL 35.

Frau M. 39 J. 1891.

Anamnese: Eine Geburt; seit 1 Jahr Fluor; Obstipation; Schmerzen im Kreuz und rechten Bein.

Status: Uterus retrovertiert; Adnexe normal; Retractores verkürzt, empfindlich; im vorderen Blatt des lig. lat. viele empfindliche Stränge.

Diagnose: Par. chr. dupl.

Therapie: Massage, Gymnastik; nach 6 Sitzungen uterus anteflektiert; nach 14 Sitzungen Parametrien weich.

Schlussstatus: Da der Uterus wieder zurückfällt Pessar; sonst alles normal.

FALL 36.

Frau K. 30 J. 1891.

Anamnese: Allgemeine Nervosität, hereditäre Belastung; 3 Geburten; anstrengende Thätigkeit im grossen Haushalt; seit längerer Zeit Blasenbeschwerden.

Status: Uterus rotrovertiert, durch paracystische Stränge nach vorn fixiert.

Diagnose: Par. chr. dupl., Hysterie.

Therapie: Massage, Gymnastik 7 mal; Sitzbäder.

Schlussstatus: Uterus nach 3 Wochen spontan anteflektiert; Blasenbeschwerden gemindert; Nervosität besteht noch.

Resultat: Nach 1 Jahr Uterus retroflektiert, Pessar; Parametrien frei, Wohlbefinden.

FALL 37.

Frau J. 24 J. 1891.

Anamnese: 1 Geburt vor 4 Jahren, Wochenbett fieberhaft, 9 Wochen bettlägerig, Leibschmerzen. Cohabitation schmerzhaft.

Status: Pat. gut genährt. Blutandrang zum Kopfe; in beiden Parametrien mässig empfindliche Stränge; Ovar. sin. leicht schmerzhaft.

Diagnose: Par. chr. dupl., Perioophoritis sin.

Therapie: Massage, Gymnastik 9 Sitzungen.

Schlussstatus: Wohlbefinden; Parametrien und Ovar. sin. schmerzlos, weich.

FALL 38.

Frau B. 34 J. 1891.

Anamnese: 4 Geburten; seit $^3/_4$ Jahren Leibschmerzen, Harnbrennen; seit 5 Monaten Pessar.

Status: Pat. mager; Feldarbeiterin; Param. dextr. empfindlich, verkürzt, fixiert den Uterus in Retrodextroversio.

Diagnose: Par. chr. dextr. Retrodextroversio uteri.

Therapie: Massage, Gymnastik 22 mal, Pessar.

Schlussstatus: Uterus liegt gut; Param. dextr. frei.

FALL 39.

Frau M. 30 J. 1891.

Anamnese: 2 Geburten; letztes Wochenbett fieberhaft; Leibschmerzen, Obstipation.

Status: Uterus atrophisch; durch empfindliche Stränge links hinten fixiert.

Diagnose: Par. chr. sin.

Therapie: Massage, Gymnastik 14 Sitzungen.

Schlussstatus: Uterus frei, ebenso die Parametrien.

FALL 40.

Frl. A. 20 J. 1891.

Anamnese: Dysmenorrhœ; Schmerzen im Kreuz; Defäkation und Urinieren schmerzhaft; Obstipation; arbeitsunfähig.

Status: Allgemein infantiler Habitus; Corpus uteri rechts, Cervix links, durch empfindliche parametritische Stränge fixiert.

Diagnose: Par. chr. sin.

Therapie: Massage per Rectum, Gymnastik 14 Sitzungen, nach 8 Sitzungen arbeitsfähig.

Schlussstatus: Innerer Befund normal; Defäkation und Urinieren zuweilen noch schmerzhaft.

Resultat: $1^3/_4$ Jahr entlassen; völlig gesund und arbeitsfähig geblieben.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Freund, für die gütige Ueberlassung dieses Themas, sowie Herrn Dr. Ries für die zuvorkommende und reichliche Unterstützung bei derselben, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Benutzte Litteratur.

1) W. A. Freund, „Gynäkologische Klinik".

2) Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie IV., 1875.

3) Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Rostock 1871.

4) Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Innsbruck 1869.

5) H. W. Freund: Ueber die Anwendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. Berliner klinische Wochenschrift 1890, Nr. 11; Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten, ibid. 1890, Nr. 45.

6) Arendt: Ueber den Wert der gynäkoligischen Massage. Berliner klin. Wochenschrift 1891, Nr. 27 u. 28.

7) Ries: Ueber den Wert und die Bedeutung der Gymnastik in Verbindung mit der Brandt'schen Massage.

8) v. Herff: Ueber die Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten, Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S. Münchener medizinische Wochenschrift 1891, Nr. 17.

9) Ziegenspeck: Ueber Thure Brandt's Verfahren der Behandl von Frauenleiden. „Sammlung klin. Vorträge, von Volkmann, Nr. 353/54.